

Asma e refluxo gastroesofágico

Quando há relaxamento do esfíncter esofágico inferior, o aumento da pressão intra-abdominal ou o decúbito podem determinar o refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago. Provavelmente a maioria de nós já vivenciou esse fenômeno ocasionalmente no decorrer da vida, de forma assintomática ou com sintomas transitórios. Sua persistência, no entanto, pode levar a uma esofagite crônica. Às vezes suficientemente grave para gerar úlceras pépticas esofágicas e evoluir para fibrose. Mesmo que seja de pequena monta e não apresente comprometimento maior da mucosa esofágica, acredita-se que o refluxo gastroesofágico (RGE) pode ser responsável por diversas manifestações extra-esofágicas.

O RGE frequentemente se manifesta por pirose mas admite-se que a ausência de sintomas não exclui a existência de RGE e que, por outro lado, a presença de sintomas ocasionais não constitui um dado seguro para o seu diagnóstico. Além dos indicadores clínicos, tem-se questionado também a eficácia de outros métodos propedêuticos, como a radiografia contrastada e a endoscopia, por pouco sensíveis na ausência de hérnia ou de esofagite. Sugere-se, assim, que as dificuldades no diagnóstico do RGE podem ser melhor resolvidas pela medida do pH esofágico por 24 horas, procedimento enfatizado por PLOTKOWSKI & JANSEN em sua revisão sobre Manifestações Cardiopulmonares do Refluxo Gastroesofágico, pu-

blicada neste número de PULMÃO — RJ.

O artigo do PLOTKOWSKI & JANSEN não se limita às teorias sobre o RGE como gênese da asma mas, certamente, esse é um dos aspectos mais fascinantes para os pneumologistas. Não há unanimidade sobre o mecanismo etiopatogênico que estaria atuando: à possibilidade de microaspiração de gotículas ácidas, opõe-se a teoria de broncoespasmo conseqüente a um reflexo vagal mediado pelos receptores esofágicos. De qualquer forma, para que se cogite da relação etiológica do RGE e da asma num determinado paciente, parece importante observar a cronologia dos sintomas, estabelecendo, quando possível, o que surgiu primeiro. Assim, a precedência do RGE sobre a asma é um dado clínico importante para se estabelecer uma possível relação de causa e efeito. Com freqüência, no entanto, o RGE se instala tardiamente em um paciente já asmático. Nesse caso, dada a grande prevalência de RGE em asmáticos, especula-se que a própria asma seria a causa do RGE, talvez porque a hiperinsuflação pulmonar distenderia a junção gastroesofágica. Nesses pacientes, os sintomas respiratórios obstrutivos poderiam ser agravados, estabelecendo-se eventualmente, um círculo vicioso.

Os autores que estudaram o tratamento clínico do RGE associado à asma observaram, freqüentemente, uma significativa melhora dos sintomas respiratórios, embora nem sempre com repercussões sobre a espirometria. Quanto ao tratamento cirúrgico, PERRIN-FAYOLLE e cols. citados por PLOTKOWSKI & JANSEN neste número, apresentaram o perfil inicial dos pacientes curados, isto é, daqueles cujos sintomas de asma desapareceram após a cirurgia corretiva do RGE: asma intrínseca, com predomínio de cri-

ses noturnas, associada com traqueíte noturna e significativo RGE, cujos sinais apareceram antes do início da asma.

Asma intrínseca pode ser entendida como o frustrante diagnóstico que damos a um paciente para cujos sintomas não conseguimos estabelecer um fator etiológico ou desencadeante. Não raro esses pacientes apresentam um quadro clínico grave e, não obstante as dúvidas que o assunto ainda possa suscitar, a hipótese de RGE deveria ser considerada. Admite-se mesmo que a investigação clínica e, eventualmente, a pHmetria mereceriam ser cogitadas também nos pacientes com asma de etiologia conhecida, cujos sintomas, sem razão aparente, passaram a piorar durante a noite, ou deixaram de responder à medicação habitual. Afinal, é certo que o diagnóstico de RGE, independentemente da asma, justifica um tratamento que, clinicamente, inclui anti-histamínicos H₂, antiácidos, elevação da cabeceira da cama, abstenção de ingestão alimentar por 3 horas antes de deitar-se, e proibição do consumo de gordura, café, pimenta, anti-inflamatórios, álcool e cigarro. Essas medidas, geralmente, são suficientes para aliviar o desconforto dos sintomas esofágicos e, se o RGE fosse o fator causal, poderiam também determinar uma melhora da sintomatologia respiratória obstrutiva.

A revisão de PLOTKOWSKI & JANSEN sobre o assunto, além de despertar nossa atenção para as possíveis conseqüências do RGE, é uma contribuição ao armamento propedêutico dos pneumologistas interessados em esgotar todas as possibilidades antes de rotular como intrínseca a asma que aflige seus pacientes.

Roni Marques
Professor Adjunto - ITP/UFRJ